

## Medical authorization form / Orvosi engedélyezési nyilatkozat

| DECLARATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | NYILATKOZAT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I, the undersigned .....<br/>(address: .....<br/>.....)</p> <p>as parent/custodian of .....<br/><br/>pupil in the International School of Budapest</p> <p>hereby acknowledge and accept by signing this document, that the school does not continuously employ a doctor/nurse for the purpose of professionally helping or supervising any regular medicine usage, processes related to allergies or any other treatment related to various illnesses of the pupils of the school.</p> <p>As a result of this the administration of medicines or treatment of allergies (including especially the appropriate administration of insulin, the regular inhalation of asthma and allergy medicines or the intake of any other medicines or their dosage, the timing of the dosages and the decision whether such a treatment is necessary) is the sole responsibility of the parents/custodians.</p> <p>Notwithstanding this the school will try and cooperate with the parents with regard to the treatments according to its possibilities as far as this can be expected from it (e.g. phone contact, temporarily providing tranquil conditions for the treatments in a separate room). We kindly ask parents to give the necessary information to the school for such treatments.</p> <p>I have read and understood this document and sign it accepting it.</p> <p>Budapest, .....</p> <p>.....<br/>Signature of parent/custodian</p> | <p>Alulírott .....<br/>(lakcím: .....<br/>.....)</p> <p><i>mint az International School of Budapest iskolában tanuló .....</i></p> <p><i>szülője / gondviselője</i></p> <p><i>jelen okirat aláírásával tudomásul veszem és elfogadom, hogy az iskola nem foglalkoztat folyamatosan rendelkezésre álló orvost / szakápolót abból a célból, hogy az iskola tanulóinak rendszeres gyógyszer-felhasználása, allergiával kapcsolatban szükséges eljárások vagy egyéb betegségekkel kapcsolatos kezelések során szakmai segítséget nyújtson, vagy azt ellenőrizze.</i></p> <p><i>Ebből következően a gyógyszerek beadása vagy egyéb kezelés (ideértve különösen az inzulin szakszerű beadását, az asztmás és allergiás gyógyszerek rendszeres inhalációját, vagy bármely más gyógyszer bármely módon történő szedését, illetve mindezek adagolását, az egyes adagok időzítését, bármely kezelés szükségességének magállapítását) kizárólag a szülők / gondviselők felelőssége.</i></p> <p><i>Ettől függetlenül az iskola lehetőségeihez mérten és az elvárható mértékben igyekszik együttműködni a szülőkkel a kezelések lebonyolítását illetően (pl. telefonon történő kapcsolattartás, időlegesen külön helyiségben nyugodt körülmények biztosítása a kezelés lefolytatása céljából stb). Kérjük a szülőket, hogy ezen esetekre lássák el az iskolát a megfelelő tájékoztatással.</i></p> <p><i>Jelen okiratot elolvasás és értelmezés után, azt elfogadva írom alá.</i></p> <p>Budapest, .....</p> <p>.....<br/>Szülő/gondviselő aláírása</p> |